



สำนักงานผู้อำนวยการ
คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล
เลขรับ 1253 วันที่ 20 เม.ย. ๒๕๖๓

บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล (ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ โทร.๓๓๗๖)

ที่ พวช.๓๖/ ๓๑๐ วันที่ ๑๓ เมษายน ๒๕๖๓

เรื่อง ขออนุมัติแนวทางการตรวจรักษาทางไกลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

ด้วยภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ได้จัดทำแนวทางปฏิบัติ เรื่อง การตรวจรักษาทางไกลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของภาควิชาออร์โธปิดิกส์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวก ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และลดการระบาดของโรค โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีโรคประจำตัว

ในการนี้ ภาควิชา ฯ ขออนุมัติแนวทางการปฏิบัติงานเป็นไปด้วยความถูกต้อง ทั้งนี้ได้แนบเอกสารมาด้วยแล้ว

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์อรรถกร กาญจนพิบูลวงศ์)

รักษาการแทนหัวหน้าภาควิชาออร์โธปิดิกส์

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

เรียน หัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการ

เพื่อโปรดดำเนินการ

เลขาฯ ก.บ.วชิรฯ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์จักรวาล มณีฤทธิ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

๒๐ เม.ย. ๒๕๖๓

คุณลอจันท์ อภิเนษกร

(นางสาวดุขฎิ ดวงมณี)

หัวหน้าสำนักงานผู้อำนวยการ โรงพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

๒๐ เม.ย. ๒๕๖๓

แนวทางปฏิบัติ เรื่อง การตรวจรักษาทางไกลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตของภาควิชาออร์โธปิดิกส์

แนบท้ายบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการให้บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์ระหว่าง คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กับ บริษัทไปรษณีย์ไทย จำกัด

1. วัตถุประสงค์

1. ลดการเดินทางมาโรงพยาบาล เพื่อลดการระบาดและการแพร่กระจายโรคโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงกลุ่มผู้ป่วย ที่มี โรคประจำตัว
2. เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่สะดวก
3. ประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาล
4. เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

2. กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางออร์โธปิดิกส์ การตรวจรักษาที่ไม่ใช่การตรวจครั้งแรก และต้องรับการตรวจ หรือรับยาต่อเนื่องโดยที่อาการของโรคคงที่แล้ว

3. เงื่อนไขการให้บริการ

1. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ในการให้บริการขึ้นกับดุลยพินิจของแพทย์เจ้าของไข้
2. ผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์สามารถเลือกรับบริการด้วยความสมัครใจ โดยมีค่าใช้จ่ายตามสิทธิพื้นฐานของตัวผู้ป่วยเอง
3. ผู้ป่วยหรือญาติ จำเป็นต้องมีอุปกรณ์สื่อสาร Smart phone และ Application Line เพื่อใช้ในการตรวจรักษา และให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอ
4. ผู้ป่วยควรตอบรับการให้บริการจัดส่งยาและเวชภัณฑ์ทางไปรษณีย์ร่วมด้วยเพื่อให้ได้รับประโยชน์จากการ ตรวจรักษาทางไกลมากที่สุด
5. ไม่อนุญาตให้ทำการถ่ายภาพนิ่งหรือภาพเคลื่อนไหว รวมถึงการบันทึกเสียงขณะที่ทำการตรวจรักษาทางไกล อ้างอิงตามมาตรา 7 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพ พ.ศ. 2550 ระบุว่า การถ่ายภาพหรือบันทึกเสียงในขณะที่แพทย์หรือ พยาบาลทำการรักษาพยาบาล ถือเป็นการละเมิดสิทธิในการทำการรักษาผู้ป่วยของแพทย์และพยาบาล และเป็นการ ขัดขวาง หรือทำให้การตรวจรักษาไม่สะดวก ซึ่งอาจเกิดผลร้ายของผู้ป่วย หากนำไปเผยแพร่โดยไม่ได้รับอนุญาต และ เกิดความเสียหายขึ้น จะต้องถูกดำเนินคดีตามกฎหมาย โดยมีโทษทั้งจำและปรับ

4. ขั้นตอนการให้บริการ

1. ทางภาควิชาจะทำการประชาสัมพันธ์ให้ผู้รับบริการที่สนใจเข้าร่วมโครงการลงทะเบียนเพื่อเข้าร่วมโครงการ ผ่านทาง QR code หรือ add Line Official account “VajiraOrthoOPD” และทำการเพิ่มเป็นเพื่อนจากนั้นทางระบบ อัตโนมัติจะส่ง Link สำหรับลงทะเบียนให้ผู้ให้บริการกรอกข้อมูล
2. เมื่อผู้ป่วยลงทะเบียนเรียบร้อยแล้ว เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานคลินิก ตรวจรักษาทางไกลจะทำการลงวันและ เวลาคัดให้ผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้ป่วยทราบทางแอปพลิเคชันไลน์
3. ผู้ป่วยหรือญาติ ลงนามในแบบยินยอมเข้าร่วมโครงการ “การตรวจรักษาทางไกลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต ของภาควิชาออร์โธปิดิกส์” และส่งกลับให้เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานคลินิก ผ่านทางระบบส่งข้อความภาพ
4. เวลาให้บริการคือ 13.00-15.30 น. ในวันจันทร์ถึงศุกร์ ยกเว้นวันหยุดราชการ
5. ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจรักษา ให้คำปรึกษาผ่านวิดีโอ ผ่าน Application Line ตามวันและเวลาดังกล่าว
6. เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานคลินิกตรวจรักษาทางไกลจะเป็นผู้เปิดสิทธิ์การรักษาให้ผู้รับบริการในช่วงเช้าของวัน นั้น โดยผู้รับบริการจะต้องยืนยันสิทธิ์ด้วยการถ่ายสำเนาบัตรประชาชนส่งให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานคลินิก

7. แพทย์ผู้ตรวจจะทำการติดต่อผู้ป่วยและตรวจผ่านทางระบบ VDO call ของ application line ด้วย official account ในคอมพิวเตอร์ห้องตรวจ 1

8. ผู้ป่วยสามารถทำการเข้าถึงเอกสาร/แผ่นพับแนะนำการปฏิบัติตัวในโรคต่างๆ รวมถึงวิดีโอการถ่ายภาพบำบัด ด้วยตัวเอง ที่จัดทำโดยภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟูร่วมกับภาควิชาออร์โธปิดิกส์ ทาง Application Line

9. เมื่อทำการตรวจเสร็จแล้ว แพทย์ผู้ตรวจจะทำการบันทึกการรักษาลงระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ผ่าน Ephes ตามปกติ และทำการสั่งยา กรณีที่มียา

10. แพทย์ผู้ตรวจทำการส่งภาพใบนัด และแจ้งคำรักษาพยาบาลให้ผู้ป่วยทราบทางแอปพลิเคชันไลน์

11. ผู้ป่วยสามารถเลือกจะมารับยาเองที่โรงพยาบาล หรือเลือกให้ส่งยาทางไปรษณีย์

12. กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง อาการแย่ลง การตรวจวินิจฉัยไม่ชัดเจน หรือ ต้องการตรวจร่างกายเพิ่มเติม แพทย์จะทำการนัดมาตรวจที่ OPD

5. ขั้นตอนในการจัดส่งยาทางไปรษณีย์

1. เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานคลินิกตรวจรักษาทางไกล รวบรวมใบสั่งยาส่งเภสัชเพื่อจัดยา

2. เจ้าหน้าที่ห้องยาที่รับ exit queue ส่งต่อข้อมูลให้เภสัชกร เพื่อคัดกรองใบสั่งยา

3. กรณีมียาที่ไม่สามารถส่งยาทางไปรษณีย์ได้ เภสัชกรแจ้งแพทย์ผู้รักษาทราบเพื่อพิจารณาการสั่งยาอีกครั้ง หากแพทย์ยืนยันการสั่งยาที่ไม่สามารถส่งได้ ให้เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานคลินิกทำการติดต่อผู้ป่วยเพื่อมาทำการรับยาด้วยตนเอง

4. เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานคลินิก ติดต่อเจ้าหน้าที่การเงินเพื่อทำการยืนยันข้อมูลที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์เพื่อการจัดส่งทางไปรษณีย์ ออกใบเสร็จให้ผู้ป่วยพร้อมพิมพ์ใบชื่อที่อยู่ผู้ป่วยสำหรับติดกล่องยา และนำไปยื่นที่หน่วยจ่ายยา

5. เภสัชกรตรวจสอบความถูกต้องและบรรจุลงในกล่องขนาดเหมาะสมพร้อมใบนัดครั้งต่อไป และปิดพิมพ์ชื่อที่อยู่ หน้ากล่อง ทำการปิดผนึกกล่องยาให้เรียบร้อย

6. เจ้าหน้าที่ไปรษณีย์ มารับยาในเวลา 16.00 และ 9.00 น.ของวันถัดไป

7. ค่ายาและค่าบริการทางการแพทย์ ผู้ป่วยจะเป็นผู้รับผิดชอบและจ่ายเงินที่ปลายทางการจัดส่ง ซึ่งจะทำการแยกใบเสร็จกับค่าจัดส่งยาทางไปรษณีย์ออกจากกัน

ข้อจำกัดของประเภทยาที่ไม่ได้จัดส่งทางไปรษณีย์

1. ยาที่ต้องควบคุมอุณหภูมิ, ยาน้ำ

2. วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทประเภท 2, ยาเสพติดให้โทษ ประเภท 2

3. ยาที่จัดส่งเป็นยาที่รอได้ ไม่ใช่ยาที่ต้องใช้เร่งด่วน หรือฉุกเฉิน

แบบบันทึกยินยอมเข้าร่วมโครงการ ตรวจรักษาทางไกลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

ข้าพเจ้า ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เป็น

☐ ผู้ป่วย

☐ญาติ เกี่ยวข้องเป็น.....ของผู้ป่วยชื่อ-สกุล.....HN.....

ข้าพเจ้ามีความประสงค์จะเข้าร่วมโครงการ ตรวจรักษาทางไกลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยทราบวัตถุประสงค์ของโครงการนี้ คือ เพื่อลดความแออัดของผู้มารับบริการ ลดระยะเวลาในการรอตรวจพบแพทย์ ลดระยะเวลาในการรอรับยา ลดการเดินทาง และเพิ่มความพึงพอใจให้แก่ผู้มารับบริการมากขึ้น

ข้าพเจ้าได้อ่านคำอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และรูปแบบการดำเนินโครงการ จนเข้าใจดีแล้วทุกประการ เข้าใจข้อจำกัด ข้อห้ามขณะทำการตรวจทางไกล และเห็นประโยชน์จากการเข้าร่วมโครงการนี้ จึงได้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมนี้ด้วยความสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้แจ้งยืนยันเบอร์โทรศัพท์ติดต่อและชื่อผู้ใช้งานในโปรแกรมไลน์ (LINE ID) ที่ใช้งานอยู่จริงในปัจจุบัน เพื่อการรับบริการตรวจรักษาทางไกลผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตแล้ว

เบอร์โทรศัพท์.....

รายชื่อผู้ใช้ในโปรแกรมไลน์(LINE ID)

ลงชื่อ.....แพทย์ผู้รักษา
(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ป่วย/ ญาติผู้ยินยอม
(.....)

ลงชื่อ..... พยาน
(.....)

หมายเหตุ

1. เอกสารนี้มีอายุ 1 ปีนับจากวันที่ลงนาม
2. หากท่านมีการเปลี่ยนแปลงข้อมูลข้างต้น ต้องแจ้งและลงชื่อยินยอมใหม่อีกครั้ง